

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

## ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de usted.

### 1. ¿Cuánto mide usted de alto sin zapatos?

Pies **Y**  Pulgadas  
**O**  Centímetros

### 2. Justo antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras **O**  Kilos

### 3. ¿En qué fecha nació usted?

/  /   
 Mes                  Día                  Año

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé.

### 4. Durante los 3 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud? Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 ( <b>no</b> es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Presión sanguínea alta o hipertensión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asma.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ansiedad.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Durante el mes antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el mes antes de quedar embarazada  
 De 1 a 3 veces a la semana  
 De 4 a 6 veces a la semana  
 Todos los días de la semana

### 6. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿tuvo usted alguna consulta de atención médica con un doctor, enfermera u otro profesional de la salud, incluyendo un trabajador dental o de salud mental?

- No → **Pase a la Página 3, Pregunta 9**  
 Sí

**Pase a la Página 2, Pregunta 7**

**7. ¿Qué tipo de consulta de atención médica tuvo usted en los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Chequeo de rutina en el consultorio de mi médico de familia
- Chequeo de rutina en el consultorio de mi ginecólogo-obstetra
- Consulta para una enfermedad o condición crónica
- Consulta para una herida
- Consulta para planificación familiar o anticonceptivos
- Consulta para depresión o ansiedad
- Consulta para una limpieza dental con un dentista o higienista dental
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

**8. En cualquiera de las consultas de atención médica durante los 12 meses antes de quedar embarazada, ¿hizo un doctor, enfermera u otro profesional de la salud algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.**

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre mantener un peso saludable .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre controlar cualquier condición médica como la diabetes o la presión alta.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre mis deseos de tener o no tener hijos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Habló conmigo sobre usar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Habló conmigo sobre cómo podía mejorar mi salud antes de un embarazo.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habló conmigo sobre las enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia, gonorrea o sífilis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si fumaba cigarrillos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Me preguntó sobre el tipo de trabajo que hago.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Me hizo una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de su *seguro médico* antes, durante y después de su embarazo con su *nuevo bebé*.

9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Title 19)
- Iowa Family Planning Network (IFPN)
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

10. Durante su *embarazo más reciente*, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted para su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 11**
- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Title 19)
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- No tenía ningún seguro médico para mi *cuidado prenatal*

11. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja
- Seguro médico privado de mis padres
- Seguro médico privado del Mercado de Seguros Médicos o de CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov en inglés)
- Medicaid (Title 19)
- Iowa Family Planning Network (IFPN)
- Otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:  
\_\_\_\_\_
- No tengo ningún seguro médico *ahora*

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

13. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí → **Pase a la Página 4, Pregunta 16**

**Pase a la Página 4, Pregunta 14**

**14. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?**

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

No

Sí → **Pase a la Pregunta 16**

**15. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra → Por favor, escríbala:

**DURANTE EL EMBARAZO**

**Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.** (Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

**16. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal?**

{  Semanas   Meses

No recibí cuidado prenatal → **Pase a la Pregunta 19**

**17. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente?** *Por favor, sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque No, si nadie le habló del tema, o Sí, si alguien le habló del tema.*

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alimentación saludable durante el embarazo.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ejercicio durante el embarazo.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programas o recursos para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le preguntó algo de lo que aparece en la lista a continuación?** Para cada una, marque **No**, si no le preguntaron o **Sí**, si le preguntaron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Si yo sabía cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Si yo estaba tomando medicinas recetadas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Si yo estaba fumando cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Si yo estaba tomando alcohol .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Si me sentía decaída o deprimida .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Si yo estaba usando drogas tales como marihuana, cocaína, crack o meth .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Si yo quería hacerme la prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Si yo estaba planeando darle pecho a mi nuevo bebé .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Si yo estaba planeando usar algún método anticonceptivo después de que naciera mi bebé ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**19. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le ofreció ponerle la vacuna contra la influenza o le aconsejó que se la pusiera?**

- No  
 Sí

**20. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?**

Marque UNA respuesta

- No  
 Sí, antes de mi embarazo  
 Sí, durante mi embarazo

**21. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió usted la vacuna Tdap?** La vacuna Tdap es una vacuna de refuerzo contra el tétano y también protege contra la tos ferina.

- No  
 Sí  
 No sé

**22. Durante su embarazo más reciente, ¿se hizo una limpieza dental con un dentista o un higienista dental?**

- No  
 Sí

**23. Esta pregunta es sobre otro cuidado de sus dientes durante su embarazo más reciente.** Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Necesité</u> consultar a un dentista por un <b>problema</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Fui</u> a un dentista o a una clínica dental debido a un <b>problema</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted fuera al dentista o clínica dental durante su embarazo *más reciente*?** Para cada una, marque **No**, si no le impidió ir al dentista, o **Sí**, si le impidió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes embarazadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No pude encontrar un dentista o una clínica dental que aceptara pacientes de Medicaid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. No pensé que era seguro ir al dentista durante el embarazo.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía dinero suficiente para ir a un dentista o a una clínica dental.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. Durante su embarazo *más reciente*, ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones de salud?** Para cada una, marque **No**, si no tuvo la condición, o **Sí**, si la tuvo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes gestacional (diabetes que <b>comenzó</b> durante <i>este</i> embarazo).....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alta presión sanguínea (que <b>comenzó</b> durante <i>este</i> embarazo), preeclampsia o eclampsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.**

**26. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los *últimos 2 años*?**

No → **Pase a la Página 8, Pregunta 33**

Sí

**Pase a la Pregunta 27**

**27. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

**28. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más  
 De 21 a 40 cigarrillos  
 De 11 a 20 cigarrillos  
 De 6 a 10 cigarrillos  
 De 1 a 5 cigarrillos  
 Menos de 1 cigarrillo  
 No fumaba en ese entonces

**Si usted no fumaba en ningún momento durante los 3 meses *antes* de quedar embarazada, pase a la Pregunta 32.**

**29. ¿Dejó usted de fumar antes o durante su embarazo *más reciente*?**

**Marque UNA respuesta**

- No  
 No, pero fumaba menos  
 Sí, dejé de fumar antes de enterarme que estaba embarazada  
 Sí, dejé de fumar cuando me enteré que estaba embarazada  
 Sí, dejé de fumar ya entrado mi embarazo

**30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hizo usted alguna de las cosas que aparece en la lista a continuación acerca de dejar de fumar?**

Para cada una, marque **No**, si no lo hizo, o **Sí**, si lo hizo.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Fijé una fecha específica para dejar de fumar.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usé folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarme a dejar de fumar.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Llamé a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fui a un sitio de Internet.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asistí a una clase o programa para dejar de fumar.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fui a sesiones de consejería para ayudarme a dejar de fumar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilicé un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, "nasal spray" o un inhalador..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tomé una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o bupropion) para dejar de fumar .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tomé una pastilla como Chantix® (también se conoce como varenicline) para dejar de fumar .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Traté de dejar de fumar por mi cuenta (por ejemplo, total y repentinamente).....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otra .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**31. A continuación aparece una lista de cosas que pueden hacerles difícil a algunas personas dejar de fumar.** Para cada una, marque **No**, si no es algo que puede hacerle difícil a usted, o **Sí**, si lo es.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El costo de las medicinas o productos para ayudar a dejar de fumar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El costo de las clases para ayudar a dejar de fumar.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Miedo de aumentar de peso.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Pérdida de la manera en que controla el estrés.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otras personas fumando alrededor de mí.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Antojo de cigarrillo .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Falta de apoyo de otras personas para dejar de fumar .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Depresión que se empeora .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ansiedad que se empeora .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otra razón .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

**32. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal?** Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
- De 21 a 40 cigarrillos
- De 11 a 20 cigarrillos
- De 6 a 10 cigarrillos
- De 1 a 5 cigarrillos
- Menos de 1 cigarrillo
- No fumo ahora

**Las siguientes preguntas son acerca del uso de otros productos de tabaco antes y durante el embarazo.**

**E-cigarillos (cigarillos electrónicos) y otros productos electrónicos con nicotina** (tales como vape pens, e-hookahs, hookah pens, e-cigarros, e-pipas) son dispositivos que funcionan con batería, usan un líquido con nicotina en lugar de hojas de tabaco y producen vapor en lugar de humo.

**Hookah** es una pipa de agua que se usa para fumar tabaco. No es lo mismo que una e-hookah o hookah pen.

**33. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes productos en los últimos 2 años?** Para cada uno, marque **No**, si no lo ha usado, o **Sí**, si lo ha usado.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. E-cigarillos (cigarillos electrónicos) u otros productos electrónicos con nicotina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hookah.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tabaco para mascar, tabaco sin humo, o rapé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si usted usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina en los últimos 2 años, pase a la Pregunta 34. Sino, pase a la Pregunta 36.**

**34. En los 3 meses antes de quedar embarazada, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**35. En los últimos 3 meses de su embarazo, en promedio, ¿qué tan frecuentemente usó e-cigarillos u otros productos electrónicos con nicotina?**

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- 2-6 días a la semana
- Un día a la semana o menos
- No usé e-cigarillos o otros productos electrónicos con nicotina en ese entonces

**Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.**

**36. En los últimos 2 años, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?** Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Pregunta 39**
- Sí

**37. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?**

- 14 ó más bebidas a la semana
- De 8 a 13 bebidas a la semana
- De 4 a 7 bebidas a la semana
- De 1 a 3 bebidas a la semana
- Menos de 1 bebida a la semana
- No tomaba en ese entonces → **Pase a la Pregunta 39**

**38. En los 3 meses antes de quedar embarazada, ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas?**

- 6 veces o más
- De 4 a 5 veces
- De 2 a 3 veces
- 1 vez
- No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en un período de 2 horas



**El embarazo puede ser un tiempo difícil. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.**

**39. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.** Para cada una, marque **No**, si no le sucedió, o **Sí**, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- |  | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcí de mi esposo o pareja .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**40. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿alguna vez comió menos de lo que pensaba que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?**

- No  
 Sí

**41. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron según su raza?**

- No  
 Sí

**42. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                    | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**43. Durante su embarazo más reciente, ¿alguna de las personas que aparecen en la lista a continuación la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?** Para cada persona, marque **No**, si no la lastimó en ese entonces, o **Sí**, si la lastimó.

- |                                    | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi esposo o pareja.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi ex esposo o ex pareja.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro miembro de la familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otra persona .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

44. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

|  |
|--|
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; text-align: center; height: 20px;" type="text" value="20"/> |
| Mes                      Día                      Año  |

45. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 48**

46. ¿Su bebé está vivo?

- No → **Lamentamos mucho su pérdida**
- Sí → **Pase a la Página 13, Pregunta 61**

47. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 13, Pregunta 61**
- Sí → **Pase a la Pregunta 48**

**Pase a la Pregunta 48**

48. Antes o después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿recibió usted información sobre la lactancia materna de alguna de las siguientes fuentes? Para cada uno, marque **No**, si no recibió información de esta fuente, o **Sí**, si la recibió.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi doctor .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una enfermera, partera o dóula .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Una especialista o asesora en lactancia materna.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Doctor o proveedor de salud de mi bebé .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un grupo de apoyo para la lactancia materna.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Una línea de ayuda telefónica para lactancia o línea telefónica gratuita..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Familiares o amigas .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, escríbala:

49. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 51**
- Sí → **Pase a la Pregunta 51**

50. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

**Marque TODAS las que correspondan**

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 54.

51. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

No

Sí

→ Pase a la Pregunta 54

52. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Menos de 1 semana

Semanas

**O**

Meses

53. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque **TODAS** las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban, o era demasiado doloroso
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo
- Regresé a la escuela
- Mi esposo o pareja no apoyaba que diera pecho
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Mi trabajo o escuela no tenía un lugar donde yo pudiera bombear/sacarme la leche
- Era difícil usar los descansos para bombear la leche o amamantar
- Otra → Por favor, escríbala:

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 13, Pregunta 61.

54. Actualmente, ¿en cuál posición acuesta usted a su bebé *la mayoría del tiempo* para que duerma?

Marque **UNA** respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

55. En las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha dormido su nuevo bebé solito(a) en su propia cuna o cama?

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca → **Pase a la Pregunta 57**

56. Cuando su nuevo bebé duerme solito(a), ¿está su cuna o cama en el mismo cuarto donde duerme **usted**?

- No  
 Sí

57. La lista a continuación incluye algunas otras cosas sobre como duermen los bebés. ¿Cómo **usualmente** durmió su nuevo bebé en las **últimas 2 semanas**? Para cada una, marque **No**, si su bebé *normalmente* no durmió así, o **Sí**, si normalmente durmió así.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. En una cuna, moisés o "pack and play" ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En un colchón o cama individual o más grande .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En un sofá, silla o reclinadora.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. En un asiento infantil de auto o columpio para bebés.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En un saquito para dormir ( <i>sleeping sack</i> ) o saquito cobertor .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Con una manta .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Con juguetes, almohadas o cojines incluyendo cojín en forma de U.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Con protectores de cuna ( <i>bumper pads</i> ) transpirables o no transpirables ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. ¿Le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud algunas de las **siguientes cosas**? Para cada uno, marque **No**, si no le dijeron, o **Sí**, si le dijeron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Poner a dormir a mi bebe boca arriba.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poner a dormir a mi bebe en una cuna, moisés o "pack and play" ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poner la cuna o cama de mi bebé en mi cuarto.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Que cosas deben o no deben estar en la cama con mi bebé.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

59. ¿Ha tenido su nuevo bebé un chequeo de **rutina**? Un chequeo de rutina es una visita regular de salud para su bebé, usualmente a 1, 2, 4 y 6 meses de edad.

- No  
 Sí → **Pase a la Pregunta 61**

60. ¿Algunas de las **siguientes cosas** impidieron que su bebé recibiera chequeos de rutina?

**Marque TODAS las que correspondan**

- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagarlos  
 No tenía como llevar a mi bebé a la clínica o al consultorio del doctor  
 No tenía a nadie que me cuidara a mis otros hijos  
 No pude conseguir una cita  
 Mi bebé estaba demasiado enfermo para recibir atención de rutina  
 Otra → Por favor, escríbala:

**61. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo?**

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas incluyen ligarse las trompas de Falopio, tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No  
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 63**

**62. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Quiero quedar embarazada
- Estoy embarazada ahora
- Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
- No quiero usar ningún método anticonceptivo
- Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
- No estoy teniendo relaciones sexuales
- Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
- Tengo problemas para pagar por los anticonceptivos
- Otra → Por favor, escríbala:

---

**Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 64.**

**63. ¿Qué clase de anticonceptivos está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina o Essure®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldoras anticonceptivas
- Condones
- Inyecciones (Depo-Provera®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®)
- Un implante anticonceptivo que se pone en el brazo (Nexplanon® o Implanon®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro → Por favor, escríbalo:

---

**64. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto?** Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No  
 Sí

→ **Pase a la Página 14, Pregunta 66**

**Pase a la Página 14, Pregunta 65**

**65. ¿Algunas de las siguientes cosas impidieron que usted tuviera un chequeo posparto?**

**Marque TODAS las que correspondan**

- No tenía seguro médico para pagar el costo de la consulta
- Me sentía bien y no pensé que necesitaba ir a la consulta
- No podía conseguir una cita cuando quería
- No tenía transporte para ir a la clínica o al consultorio médico
- Estaba demasiado ocupada en otras cosas
- No pude conseguir que me dieran tiempo libre en el trabajo
- Otra \_\_\_\_\_ → Por favor, escríbala:

**Si usted no tuvo un chequeo posparto, pase a la Pregunta 67.**

**66. Durante su chequeo posparto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud hizo algunas de las siguientes cosas?** Para cada una, marque **No**, si no lo hicieron, o **Sí**, si lo hicieron.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Me dijo que tomara una vitamina con ácido fólico.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Habló conmigo sobre la nutrición saludable, el ejercicio y perder el peso que gané durante el embarazo.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Habló conmigo sobre cuánto esperar antes de quedar embarazada otra vez.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Habló conmigo sobre métodos anticonceptivos que puedo usar después de dar a luz.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Me dio o recetó un método anticonceptivo como la píldora, el parche, una inyección (Depo-Provera®), el NuvaRing® o condones.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Me puso un dispositivo intrauterino o IUD (Mirena®, ParaGard®, Liletta® o Skyla®) o un implante anticonceptivo (Nexplanon® o Implanon®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Me preguntó si yo fumaba cigarrillos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Me preguntó si alguien me estaba lastimando emocionalmente o físicamente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me preguntó si me sentía decaída o deprimida.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Me hizo una prueba para detectar la diabetes.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?**

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**68. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas que normalmente disfrutaba?**

- Siempre  
 Frecuentemente  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

### OTRAS EXPERIENCIAS

**Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.**

**69. Las siguientes preguntas están relacionadas con su bienestar emocional durante su embarazo más reciente.** Para cada punto, marque **No**, si no le ocurrió, o **Sí**, si le ocurrió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Respondí preguntas escritas en las que se me pedía calificar mi estado de ánimo .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un médico, enfermero u otro personal médico me habló sobre la depresión posparto .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un médico, enfermero u otro personal médico me dijo que estaba deprimida....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un médico, enfermero u otro personal médico me recomendó tomar un medicamento recetado para la depresión ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tomé medicamentos para la depresión ..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un médico, enfermero u otro personal médico me recomendó conseguir asesoramiento para la depresión.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Recibí asesoramiento para la depresión..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**70. Las siguientes preguntas están relacionadas con su bienestar emocional desde que nació su nuevo bebé.** Para cada punto, marque **No**, si no le ocurrió, o **Sí**, si le ocurrió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Respondí preguntas escritas en las que se me pedía calificar mi estado de ánimo .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un médico, enfermero u otro personal médico me dijo que estaba deprimida....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un médico, enfermero u otro personal médico me recomendó tomar un medicamento recetado para la depresión ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tomé medicamentos para la depresión ..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Un médico, enfermero u otro personal médico me recomendó conseguir asesoramiento para la depresión.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Recibí asesoramiento para la depresión..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**71. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada?** Por ejemplo, ¿escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

- No  
 Sí

**72. Durante alguno de los siguientes períodos de tiempo, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera?** Para cada de los períodos de tiempo, marque **No**, si no le sucedió en ese tiempo, o **Sí**, si le sucedió.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de quedar embarazada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé ..              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**73. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado?** Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

- |  | No                       | Sí                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Pregunta 78.**

**74. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad.** Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego <b>cargadas</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**75. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?**

- No → **Pase a la Pregunta 77**
- Sí

**Pase a la Pregunta 76**

**76. ¿Ha *compartido* lo que sabe sobre el peligro de sacudir a un bebé con cualquiera que cuidara a su recién nacido?**

- No
- Sí

**Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Pregunta 78.**

**77. Desde que nació su nuevo bebé, ¿tendría los siguientes tipos de ayuda si los necesitara?** Para cada uno, marque **No**, si no la tendría, o **Sí**, si la tendría.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien que cuidara a mi bebé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien que me ayudara si estuviera cansada y sintiéndome frustrada con mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Alguien que me llevara a mí y a mi bebé al consultorio médico si no tuviera cómo ir.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé.**

**78. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?** Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado. *Toda la información será confidencial* y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De 0 a \$16,000
- De \$16,001 a \$20,000
- De \$20,001 a \$24,000
- De \$24,001 a \$28,000
- De \$28,001 a \$32,000
- De \$32,001 a \$40,000
- De \$40,001 a \$48,000
- De \$48,001 a \$57,000
- De \$57,001 a \$60,000
- De \$60,001 a \$73,000
- De \$73,001 a \$85,000
- \$85,001 ó más

**79. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?**

Número de Personas

**80. ¿Cuál es la fecha de hoy?**

/  /  20  
Mes                  Día                  Año

**Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Iowa.**

***¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!***

***Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Iowa.***

